



CURE DI TRANSIZIONE: DIMISSIONE, RIABILITAZIONE E FOLLOW UP

L'ictus ha un forte impatto sulla vita della persona che ne è colpita e della sua famiglia. Può compromettere le capacità fisiche, cognitive ed emotive, rendendo difficili attività quotidiane come prendersi cura di sé, comunicare o mantenere l'autonomia. A questi aspetti si aggiungono spesso stanchezza persistente e cambiamenti nel ruolo familiare. Per questo motivo, **il percorso di assistenza dopo l'ictus è generalmente lungo e richiede il coinvolgimento di diversi servizi e contesti di cura**, soprattutto nel delicato momento della dimissione dall'ospedale o da strutture residenziali.

L'esperienza dell'ictus influisce in modo significativo anche sui familiari e sui caregiver, che dopo il rientro a casa si trovano spesso ad affrontare nuove responsabilità senza un adeguato supporto. Non di rado si sentono soli, impreparati e sotto pressione, con un aumento di stress, ansia e, talvolta, depressione. Queste difficoltà possono ripercuotersi sull'assistenza stessa, aumentando il rischio di errori, di interruzioni nelle cure o di nuovi ricoveri, con un conseguente peggioramento della qualità di vita di tutta la famiglia.

Le cure di transizione

È fondamentale pianificare con attenzione il **passaggio dall'ospedale al domicilio**, un **processo noto come "cure di transizione"**. Una buona organizzazione di questa fase permette di garantire continuità nelle cure, rispondere ai bisogni della persona assistita e della sua famiglia e ridurre i rischi legati al rientro a casa. Le cure di transizione rappresentano **un momento chiave del percorso di assistenza**: servono a coordinare i diversi servizi coinvolti e a garantire che la persona e i familiari non vengano lasciati soli durante il passaggio da un contesto di cura a un altro o da un livello di assistenza più intensivo a uno meno intensivo.

Il rientro a domicilio dopo il ricovero richiede la collaborazione di diversi professionisti e servizi, ma anche il coinvolgimento attivo della persona assistita e della sua famiglia. È importante che questo percorso sia pianificato per tempo, in modo chiaro, condiviso e sostenibile.





La lettera di dimissione

Alla dimissione dall'ospedale, il medico prepara una lettera che **riassume in modo chiaro e sintetico le informazioni principali sul ricovero**. In particolare, la lettera contiene:

- il motivo del ricovero e le condizioni della persona all'ingresso
- la diagnosi alla dimissione e le eventuali altre malattie presenti
- l'andamento del ricovero e gli esami più importanti eseguiti
- le terapie effettuate e quelle da continuare a casa
- le condizioni della persona al momento della dimissione (ad esempio autonomia, alimentazione, difficoltà motorie o di comunicazione)
- le indicazioni per i controlli successivi e il percorso di cura
- i servizi territoriali eventualmente coinvolti
- Nel caso di dimissione da una struttura residenziale (RSA), alla lettera sono allegati anche i resoconti finali dell'assistenza infermieristica e del percorso riabilitativo

Scelta del percorso dopo la dimissione

Al termine del ricovero ospedaliero viene individuato **il percorso più adatto per la fase successiva**. Questo può prevedere: un periodo di riabilitazione in struttura, l'inserimento in una residenza assistenziale, il rientro a domicilio con i supporti necessari oppure la riabilitazione ambulatoriale. **La scelta dipende dalle condizioni della persona, dai suoi bisogni e dalla disponibilità e partecipazione della famiglia.**

Se la persona non è in grado di affrontare un percorso riabilitativo, la dimissione viene pianificata insieme all'assistente sociale e ai familiari, con l'obiettivo di garantire il rientro a casa con eventuali ausili oppure, se necessario, il trasferimento in una struttura adeguata.

Per chi non può tornare a casa in autonomia, viene attivato un percorso di dimissione protetta, pensato per assicurare continuità e sicurezza nelle cure durante il passaggio dall'ospedale al domicilio o ad altra struttura.

Dopo la dimissione: presa in carico sul territorio

A seguito della dimissione, i servizi territoriali ricevono le informazioni necessarie e organizzano la presa in carico della persona, attivando:

- l'assistenza a domicilio e i professionisti necessari
- il supporto alla famiglia e ai caregiver
- eventuali percorsi personalizzati nei casi più complessi

Viene definito un piano di assistenza che stabilisce:

- gli obiettivi di cura e di supporto
- i servizi da attivare
- i tempi e le responsabilità
- il coinvolgimento della persona assistita e della sua famiglia

I professionisti seguono nel tempo l'evoluzione della situazione, adattando gli interventi, se necessario, fino al raggiungimento degli obiettivi previsti.